FÜNFZIG FÄLLE

VON

VAGINALER TOTALEXSTIRPATION

DES UTERUS WEGEN MALIGNER TUMOREN

AUS DER KGL. UNIVERS.-FRAUENKLINIK
ZU WÜRZBURG.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITAT WÜRZBURG
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
VORGELEGT VON

ALFRED JÄGER
AUS
KÖNIGSHOFEN i. Gr.

ACAD. LIBR. BAT. BIBL.

WÜRZBURG
C. J. BECKERs UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI
1905.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Geheimer Hofrat Dr. Hofmeier.**

MEINEN LIEBEN ELTERN

IN DANKBARKEIT

GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507204_0026

Die glänzenden Erfolge, welche nach Einführung der antiseptischen Heilmethode auf dem Gebiete der Wundbehandlung erzielt wurden, hatten sehr bald zur Folge, dass unsere Chirurgen sich mit Eifer der Ausführung und Vervollkommung jener operativen Eingriffe hingaben, die früher wegen ihrer grossen Gefahr für das Leben der Patienten nur im äussersten Notfalle gewagt wurden. So war es besonders die Abdominalchirurgie, die der neueren Methode ihre schnelle, grossartige Entwicklung verdankte. Auch auf dem Gebiete der operativen Gynäkologie zeigten sich bald die Wirkungen dieses Umschwunges, deren Glanzpunkt unstreitig die Einführung und technische Ausbildung der Totalexstirpation des Uterus von der Scheide aus bildet.

Die Geschichte der vaginalen Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus beginnt wie die der peritonealen in den ersten Dezennien des vorigen Jahrhunderts. Einzelne Versuche, bei malignen Tumoren den ganzen Uterus zu exstirpieren, sind allerdings schon in früherer Zeit in der Literatur verzeichnet und beweisen, dass das Bedürfnis nach einer derartigen Operation auch von Anderen schon empfunden worden war. *Wrisberg* und *Monteggia* sprachen zuerst Ende des 18. Jahrhunderts die bestimmte Ansicht aus, dass bei malignen Geschwülsten der ganze Uterus exstirpiert werden müsse.

Wenn man von den unklaren Veröffentlichungen früherer Zeit absieht, so ist wohl die Operation, welche K. M. Langenbeck im Jahre 1813 ausführte, als einer der ersten wohlbedachten Versuche zur Totalexstirpation des Uterus anzusehen. Derselbe operierte bei Uterusvorfall in der Weise, dass er den Uterus aus seinem peritonealen Überzug von unten herausschälte, so dass schliesslich nur der leere Peritonealsack mit einem Teile des Fundus des Uterus zurückblieb. Die starke Blutung wurde durch Unterbindung der einzelnen Gefässe gestillt. Wenn unter diesen Umständen, da Fundusteile zurückgelassen wurden, nicht eigentlich von einer Totalexstirpation des Uterus gesprochen werden kann, so ist doch unbedingt zuzugeben, dass in diesem Langenbeck schen Verfahren, welches übrigens auch in neuerer Zeit noch Nachahmer gefunden hat, ein planmässig unternommener und durchgeführter Versuch zur Exstirpation des Uterus gemacht wurde. Trotz der ungünstigsten Verhältnisse und sogar ohne Assistenz war die Operation von Erfolg gekrönt. Damit war die Frage der Behandlung von bösartigen Tumoren des Uterus in ein neues Stadium getreten, und nicht lange mehr dauerte es, bis auch ein neues Operationsverfahren ersonnen war; denn bereits 1814 trat Gutberlet bei einem Preisausschreiben der k. k. medizinisch-chirurgischen Josephsakademie in Wien mit einer Operationsmethode an die Öffentlichkeit, nach welcher der Uterus auf abdominalem Wege entfernt werden sollte.

Dieser die Leistungsfähigkeit der vorantiseptischen Zeit weit übersteigende Vorschlag wurde 1825 von Langenbeck, dem Vater praktisch erprobt. Der Ausgang war ein letaler durch septische Peritonitis. Dagegen machte 1822 Sauter erfolgreich die Totalexstirpation von der Scheide aus durch Ausschälung aus dem Peritoneum in der Weise, wie es

Langenbeck im Jahre 1813 ausgeführt und beschrieben hatte.

Auf diesem Wege wurden nun mehrfach zum Teil auch erfolgreiche Versuche weiter gemacht. So exstirpierte Blundell 1828 einen karzinomatösen Uterus, den er durch das hintere Scheidengewölbe nach Eröffnung desselben herunterzog und Stück für Stück abband. Auch Delpech hatte im Anfang der dreissiger Jahre mit 2 Fällen von Kombination der Gutberletschen mit der vaginalen Methode Glück. Damit war indessen für die erste Hälfte dieses Jahrhunderts die Reihe der gelungenen Uterusexstirpationen geschlossen; alle weiteren Operationen, welche unter Anderen *v. Siebold, Recamier, Langenbeck* der Vater und *Dieffenbach* vornahmen, führten durch Peritonitis den Tod der Patientinnen herbei, so dass die ganze Operationsweise von hervorragenden Gynäkologen und Chirurgen dieser Zeit, wie *Jörg* und *Kilian* mit aller Entschiedenheit verworfen wurde.

So schien die Frage der Berechtigung zur Uterusexstirpation bei bösartigen Geschwülsten endgiltig im verneinenden Sinne entschieden zu sein, als die Morgensonne der Antiseptik die trübe Scheu vor allen das Peritoneum berührenden Operationen allmählich zerflattern liess. *Hennig* war der Erste, welcher die Idee des Sauterschen Operationsverfahrens wieder aufnahm und 1876 einmal mit Glück zur Ausführung brachte.

Von diesem Augenblick an beginnt die neue Ära der Carcinomoperation. Niemehr ist dies Thema von der Tagesordnung heruntergesetzt worden, ja bereits am 3. April dieses Jahres erschien in der Sammlung klinischer Vorträge eine Arbeit von Prof. Wilh. Alex. *Freund* in Breslau, der eine neue Methode der Exstirpation des ganzen Uterus dem Publikum vorführte. Seine Operationsweise, welche

sich stark an die Gutberletsche anlehnt, entfernt den Uterus von der eröffneten Abdominalhöhle her nach vorausgegangener Unterbindung der seitlichen Anhänge desselben in drei Partieen, wobei die unterste Umstechungsligatur das Scheidengewölbe und so die Art. uterina mitumfasst.

Mit seinem Verfahren, welches nach *Czerny*s Urteil durch seine „überwältigend moderne Grossartigkeit" imponierte, hatte er bis zum Ende des Jahres 1879 unter 14 Operationen 8 Todesfälle aufzuweisen. Andere Operateure waren noch weniger glücklich. Todesursachen waren hauptsächlich Sepsis, Shok, Blutverlust, Verletzung der Nachbarorgane, besonders der Blase und der Uretheren. Erklären liessen sich diese traurigen Erfahrungen durch die Schwierigkeiten einzelner Momente der Operation an sich, durch ihre lange Dauer, durch die weitgehende Eröffnung des Peritoneum, die lange Entblössung, ja Eventeration der Gedärme, wohl auch oft die nicht richtige Auswahl der Fälle.

So kühlte sich schnell die anfängliche Begeisterung für diese Art der Uterusexstirpation ab, zumal da auch die von anderer Seite (z. B. *Bardenhauer*, *Rydygier*, *Massari*) angegebenen geringen Modifikationen der Freundschen Methode die Gefährlichkeit derselben nicht wesentlich verringerten.

Im September desselben Jahres griff *Czerny* auf die alte extraperitoneale Methode der vaginalen Uterusexstirpation *C. J. M. Langenbeck*s zurück. Die erste operierte Patientin genas. Da er dabei trotz grösster Vorsicht mehrmals das Peritoneum verletzt hatte und so etwa 15 Bauchfellnähte zu versenken gezwungen gewesen war, so machte er (Wien. med. Wochenschrift 1879 Nr. 49) den Vorschlag, künftighin den Uterus mitsamt dem Peritonealüberzug zu

exstirpieren, den Fundus hinten oder vorn durch die Peritonealtasche herabzuziehen und die Ligg. lata ähnlich wie *Freund* in mehreren Partieen abzustechen und abzubinden.

Die Publikation dieser Operationsmethode von *Czerny* war berufen, in kurzer Zeit eine neue Ära reicher Tätigkeit auf dem Gebiete der operativen Behandlung maligner Tumoren des Uterus zu eröffnen. Insbesondere wurde dieselbe in Deutschland sofort von *Billroth*, *Schröder* und *Schede* aufgegriffen und ist in wenigen Jahren Gemeingut der Gynäkologen und Chirurgen geworden, so dass eine gewaltig anschwellende Literatur nicht nur über den weiteren Ausbau der Operationsmethode, sondern insbesondere über die Leistungsfähigkeit der Operation reiche Erfahrungen beibrachte. Vor allem wird die Berechtigung, ja Notwendigkeit derselben für alle Fälle von Carcinomen und Sarkomen des Corpus uteri, welche ja ärmer an Recidiven sind, wohl allseitig anerkannt, wenn auch bez. der Carcinome der Portio und des Cervikalteiles gewichtige Stimmen (z. B. *Hofmeier* und *Schröder*) sich für die supravaginale Amputation des Collum uteri als die weniger eingreifende Operation erhoben haben.

Fragt man nun, welchen Umständen die vaginale Uterusexstirpation ihre so ausgesprochene Bevorzugung vor der abdominellen verdankt, so gibt *Runge* zur Antwort: „Es ist eine Beobachtung von höchster Bedeutung, dass nach Eröffnung des Bauchfelles per vaginam, wie bei der vaginalen Totalexstirpation, die Gefahren der Infektion selbst bei sehr langer und blutreicher Operation viel geringere sind, als bei der Laparotomie, dass sich ferner die vaginal Operierten von dem Eingriff sehr viel schneller erholen als die Laparotomierten. Der Fortfall der Wunde an der äusseren Oberfläche mit ihren immerhin möglichen Nachteilen, wie Bauchhernien ist ein weiterer

Vorteil". Jedenfalls ist die Mortalität des vaginalen Operationsverfahrens im Vergleich zu der des abdominalen ungemein viel geringer. Nach Aufzeichnungen von Herrn Geheimrat *Hofmeier* hat ersteres Verfahren im Durchschnitt eine Mortalität von 5—7%, letzteres eine von über 20%.

Wenn ich nun zur Beschreibung der Technik der Totalexstirpation übergehe, so ist es nicht in meiner Absicht, die einzelnen Phasen der Entwicklung derselben zu erzählen, bis sie zu der heutigen Vervollkommnung gelangte; ich werde vielmehr versuchen, die jetzt am meisten geübte Methode, wie sie auch Herr Geheimrat *Hofmeier* in den später zu besprechenden 50 Fällen angewendet hat, im Zusammenhang zu beschreiben.

Die Operation selbst, die sich am Besten in Steiss-Rückenlage ausführen lässt, beginnt nun damit, dass man sich das Operationsfeld freilegt; man benutzt dazu die Simon'schen Spekula und Seitenhebel. Ergibt es sich, dass wegen der Enge der Scheide nicht genügend Raum zum Operieren da ist, so muss man den Damm und oft auch das Scheidenrohr seiner ganzen Länge nach an einer oder beiden Seiten spalten. *Schuchhardt* hat diese blutige Erweiterung zu einer besonderen Methode ausgebildet, indem er die ganze Scheide auf der am meisten erkrankten Seite, meistens links, der ganzen Länge nach spaltete und den Schnitt unten durch das paravaginale Gewebe weit nach hinten, das Rektum umkreisend, fortsetzte. Nachdem diese Voroperation nötigenfalls gemacht ist, fasst man die Cervix mit mehreren Muceux'schen Zangen und lässt sich damit den Uterus so weit als möglich herunterziehen. Je tiefer dies möglich ist, um so leichter ist der ganze erste Akt der Operation. Man beginnt dann die Operation, indem man an der am leichtesten zugänglichen Stelle, gewöhnlich an der vorderen Seite von dem Schuchhardt'schen

paravaginalen Schnitte aus, möglichst überall 1—2 cm von der Grenze des Krankhaften entfernt, das Scheidengewölbe eröffnet und dies rings um die ganze Cervix oder die Scheidenwand fortsetzt, indem man die seitlichen Scheidengewölbe mit breiten Seitenhebeln freilegt. Der zirkuläre Schnitt wird durch kurze nach beiden Scheidengewölben geführte Seitenschnitte etwas vergössert, um eine gute Zugänglichkeit zu den Parametrien zu haben. Der Schnitt muss überall durch die ganze Dicke der Schleimhaut geführt werden. Die Blutung pflegt dabei eine mässige zu sein; spritzende Scheidenarterien werden vorläufig mit langen Arterienklemmen komprimiert oder umstochen. Dann fasst man die Cervix vermittelst der eingesetzten Zangen fest an und zieht sie herunter, während man sie zugleich mit den gazeumwickelten Fingern der anderen Hand stumpf aus dem umgebenden Bindegewebe löst. Schwierigkeiten macht dies zuweilen vorn wegen der Blase, und man tut dann gut, zuerst etwas mehr seitlich zu lösen, um die Blase sicher zu erkennen. Vorne hält man sich dabei möglichst knapp an die Cervix selbst. Sehr derbe Fasern, welche die Ablösung etwa hindern, schneidet man mit der Schere durch. Hat man vorne die Cervix weit aus dem Bindegewebe gelöst und seitwärts die Scheidenschleimhaut etwas zurückgeschoben, so wird zunächst am besten das Cavum recto- uterinum geöffnet und zwar in der Weise, dass bei starkem Anziehen des Uterus nach oben und Zurückdrängen der durchschnittenen Scheidenschleimhaut das sich spannende Peritoneum direkt mit der Schere durchtrennt oder unter Leitung des Fingers mit der Schere durchstossen wird. Die Blutung ist nicht erheblich. Unter andauernd kräftigem Anziehen des Uterus löst man die Cervix so immer schnittweise höher aus ihrer Umgebung. In gleicher Weise löst man die Cervix auf

der anderen Seite. Die Durchtrennung des Peritoneum der Excavatio vesico-uterina wird entweder nun nach Ablösung der Cervix oder erst nach völliger Unterbindung der gesammten Adnexe der einen Seite und Vorleiten des ganzen Uterus vorgenommen,

Um ein Eindringen von Infektionskeimen in die freie Bauchhöhle zu verhindern, führt man sofort einen aseptischen Fadenschwamm in die Öffnung ein und lässt ihn bis zur Beendigung der Operation liegen. Dann wird die gewöhnlich sehr einfache Abbindung des Restes der Anhänge vollendet. Nach Entfernung des Uterus legt man sich im grossen Simonschen Spekulum die ganze Wundhöhle frei und prüft, ob nicht noch irgendwo Blut durchsickert. Ist dies der Fall, so fasst man die Stellen mit langen Arterienklemmen und umsticht oder unterbindet sie. Zeigen Tuben und Ovarien eine grosse Neigung vorzufallen, so kann man sie gleich mit dem Uterus vorziehen und abbinden. Nun folgt nach vorheriger Desinfektion der Bindegewebswunde der Verschluss derselben durch die Naht und zwar verfährt man hier so, dass man unter leichtem Anziehen der Stümpfe der Ligg. lata diese etwas einstülpt und jederseits durch die vordere Scheidenwand und das vordere Peritoneum sowie den oberen Teil des Lig. lat., dann das hintere Peritoneum und die hintere Scheidenwand, eine umfassende Naht legt, welche die Stümpfe in der Wunde befestigt. Ebenso legt man in der Mitte eine oder einige Nähte durch die vordere Scheidenwand, vorderes Peritonealblatt und hintere Scheidenwand.

Es ist nun die Bauchwunde fest verschlossen, nur in den Ecken bleibt eine kleine Öffnung, wodurch eine Retention des Sekretes verhindert wird. Die Wunde wird mit Glutol bestäubt und etwas sterile Gaze in die Scheide gelegt. Diese lässt man mehrere Tage liegen; nach ihrer

Entfernung begnügt man sich mit täglichen Ausspülungen mit antiseptischen Flüssigkeiten. Nach 14 Tagen bis 3 Wochen kann man meist die Fäden herausnehmen. Die Wunde verheilt in der Mitte per primam, in den Ecken per granulationem. Die sonstige Nachbehandlung besteht darin, dass man die Patienten ruhige Rückenlage einnehmen lässt, sowie für regelmässige Blasen und Darmentleerung Sorge trägt.

Was die Prognose betrifft, so richtet sich diese vor allem nach der Ausbreitung der Erkrankung; hier kommt es hauptsächlich darauf an, dass sie auf Uterus und Scheide beschränkt ist. Jede carcinomatöse Infiltration im Beckenbindegewebe macht eine Dauerheilung illusorisch. Es muss deshalb immer möglichst früh operiert werden, was in den meisten Fällen nicht möglich ist. Teils macht die Erkrankung nur wenig Symptome, welchen die Frauen dann keinen Wert beilegen, teils gibt es aber auch noch viele Ärzte, welche die Krankheit symptomatisch behandeln, ohne eine genaue Untersuchung vorausgeschickt zu haben. Die Heilbarkeit der malignen Tumoren durch die Totalexstirpation beruht eben auf möglichst frühzeitiger Diagnose derselben und diese liegt in den überaus meisten Fällen in der Hand der praktischen Ärzte.

In dem Folgenden gebe ich eine kurze Zusammenstellung der Krankheits- und Operationsgeschichten von 50 Patientinnen, bei welchen in der Zeit vom 23. Januar 1901 bis 30. April 1905 in der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg die Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Tumoren nach der vaginalen Methode ausgeführt worden ist.

1.

Pr. E. Schuhmacherswitwe, 44 Jahre, aufgenommen am 30. IV. 05.

Patientin hat 3 mal spontan geboren, zuletzt vor 13 Jahren. Menses waren bis vor 3 Jahren immer regelmässig und von ungewöhnlicher Stärke oft 14 Tage dauernd.

Status: Introitus und Vagina mässig eng, Portio klein. Die Sonde gleitet ungefähr 7—8 cm in das Cavum uteri ein. Nach der Untersuchung leichte Blutung. Parametrien ohne Besonderheiten. Die mikroskopische Untersuchung des Probecurettements ergibt die

Diagnose: Carcinoma corporis.

12. V. 05. Mässig tiefe Scheidendammincisionen mit nachfolgender Totalexstirpation.

2.

B. B. Heckersfrau, 44 J., aufgen. am 20. II. 05.

III para. Menses regelmässig. Seit Herbst vorigen Jahres besteht übelriechender Fluor, zeitweise mit Blut vermischt. Schmerzen im Unterleib sind erst seit 3 Wochen aufgetreten.

Status: Scheide von mittlerer Weite, glatt. Uterus stark vergrössert, retroflektiert, nur schwer beweglich. Mit der Sonde fühlt man im Uterus starke Rauhigkeiten. Das Probecurettement ergibt die

Diagnose: Carcinoma corporis.

Am 21. I. erfolgt die Totalexstirpation nach vorherigen tiefen Scheidendammincisionen.

Am 1. Tag nach der Operation leichte Temperatursteigerung und 2 maliges Erbrechen. Sonst normaler Verlauf.

Entlassen am 13. II. 05.

3.

Sch. R. Gärtnersfrau, 54 J., aufgen. am 17. I. 05.

VI para. Menses begannen mit 16 Jahren und waren immer regelmässig. Seit Beginn dieses Jahres unregelmässige Blutungen.

Status: Anteflektierter, etwas vergrösserter Uterus. Muttermund ist quer gespalten mit kleiner Erosion. Im linken Winkel ein haselnussgrosser Polyp.

22. II. 05. Excision des Polypen. Die mikroscopische Untersuchung desselben ergibt starkomatöse Neubildung.

Diagnose: Sarcoma uteri.

6. III. 05. Vaginale Totalexstirpation. Die Operation wird erschwert durch sehr starke Blutung, die eine Vereinigung des Peritoneums mit der hinteren Scheidewand notwendig macht.

Die Patientin ist nach der Operation recht anämisch, erholt sich aber ziemlich gut, so dass sie am 27. III. entlassen werden kann.

4.

Sch. M. Taglöhnersfrau, 44 J., aufgen. am 23. I. 05.

Patientin hat 13 mal geboren, einmal abortiert. Menses waren immer regelmässig, ohne Beschwerden. Die letzte Menstruation setzte vor 3 Wochen zur rechten Zeit ein und dauert zur Zeit noch fort.

Status: Uterus anteflektiert, gut beweglich. Adnexe frei. An der hinteren Muttermundlippe eine rauhe, unebene, geschwürige Stelle, die bei Berührung leicht blutet.

Diagnose: Carcinoma portionis.

31. I. 05. Nach vorheriger Ausschabung und Verschorfung der Geschwürfläche mit dem Paquelin wird die Totalexstirpation des Uterus gemacht. Das vorgefallene rechte Ovarium und die Tube werden mit exstirpiert.

Ausser leichter Temperaturerhöhung am 1. Tage nach der Operation war die Reconvaleszens ganz befriedigend.

Entlassung am 18. II. 05.

5.

W. K. Oberkellnersfrau, 50 J., aufgen. am 15. XII. 04.

V para. Sämtliche Geburten verliefen normal, zuletzt vor 23 Jahren. I. Menses mit 12 Jahren, stets ziemlich stark, jedoch regelmässig. Ende Juni dieses Jahres starke Blutung, dann 7 Wochen Pause mit geringem Blutabgang hierauf wiederum Periode sehr stark 4—5 Tage dauernd mit darauffolgendem Sistieren derselben, bis vor 19 Tagen eine sehr starke Blutung auftrat, die mit kurzen Unterbrechungen bis vor 2 Tagen anhielt. Bei der letzten Blutung bestanden Schmerzen. Ausfluss seit August übelriechend.

Status: Mittelgrosse Frau mit fettreichem Abdomen. Portio vag. vergrössert, rauh. Der Uterus selbst erscheint nicht vergrössert, gut beweglich.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Am 19. XII. 04 Totalexstirpation. Vor derselben gründliche Ausschabung, wobei sich herausstellt, dass die rechte Wand der Cervix schon sehr weitgehend zerstört ist. Hierauf mässig weite Scheidendammschnitte mit dem Glühmesser, wobei eine ungewöhnlich starke Blutung erfolgt, die durch Umstechen gestillt werden muss. Im ferneren Verlauf der Operation zeigte sich eine feste Adhärenz der Blase mit dem Carcinom, weshalb dieselbe erst im letzten Akt der Operation vom Uterus losgelöst wird.

Nach der Operation einmal Erbrechen. Der weitere Verlauf der Rekonvaleszens verlief befriedigend.

Patientin konnte am 7. I. 05 geheilt entlassen werden.

6.

P. E., Taglöhnerswtw., 61 J., aufgen. am 13. XII. 04.

Patientin hat 3 normale Geburten durchgemacht, zuletzt vor ca. 30 Jahren. Menopause seit 11 Jahren. Vor 6 Wochen bemerkte dieselbe geringen Blutabgang und eitrigen Ausfluss. Schmerzen sind nicht vorhanden.

Status: Portio in ein wallnussgrosses Blumenkohlgewächs umgewandelt, das bei Berührung leicht blutet. Ute-

rus anteflektiert, klein, gut beweglich. Bei Rektaluntersuchung erscheint das rechte Parametriume twas derb und kurz. Inguinaldrüsen nicht infiltriert.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Am 17. XII. 04 Totalexstirpation. Nach vorheriger Ausschabung und Kauterisation des Geschwürs werden wegen der Enge der Scheide auf beiden Seiten mit dem Galvanokauter ziemlich tiefe Scheidendammschnitte gemacht, die am Schlusse der Operation wegen der starken Blutung durch Catgutnähte grösstenteils vereinigt werden. Die Operation wird durch die Brüchigkeit des Gewebes sehr erschwert. Die Loslösung der Blase wird wegen des starken Anhaftens derselben am Uterus erst am Schlusse der Operation vorgenommen.

In den beiden ersten Tagen nach der Operation bestanden Schmerzen und Erbrechen. Später wurde das Allgemeinbefinden durch einen geringen, bald verschwindenden Blasenkatarrh gestört. Patientin konnte am 8. I. 05 geheilt entlassen werden.

7.

M. K., Klosterfrau, 54 J., aufgen. am 3. X. 04.

Patientin kommt wegen schwerer Anämie, die durch Blutungen im letzten halben Jahr herbeigeführt ist. Die Menstruation war immer regelmässig mit Ausnahme vom vorigen Jahre, wo dieselbe 5 Monate ausblieb. Schmerzen waren niemals vorhanden.

Status: Äusserst anämische Patientin von jedoch guter Ernährung. Scheide eng, Portio tief und weit nach vorne stehend. Die weitere Untersuchung ergibt eine nach hinten von der Cervix gelegene, ungefähr faustgrosse, harte Geschwulst, die sich auch oberhalb der Symphyse 2—3 Querfinger breit ziemlich weit nach hinten liegend palpieren lässt. Bei der Sondenuntersuchung des Uterus fühlt man stärkere

Rauhigkeiten. Durch Curettement werden kleine Gewebsfetzen zu Tage gefördert, deren mikroskopische Untersuchung die Diagnose: Carcinoma corporis ergibt.

Die palpable Geschwulst wurde als Myom diagnostiziert. Die am 10. X. 04 ausgeführte Operation verlief günstig, wurde jedoch trotz ausgiebiger Scheidendammincisionen mit dem Paquelin erschwert durch die Grösse des Myoms, das erst durch keilförmige Excisionen verkleinert werden musste. Ferner war die Eröffnung des Douglas nicht ganz einfach, da augenscheinlich ausgedehnte Verwachsungen den ganzen Douglas verschlossen.

In den ersten Tagen nach der Operation bestand ziemlich starker Ausfluss und mässiges Fieber, was sich durch häufige Scheidenausspülungen bald besserte. Patientin wurde am 19. IX. geheilt entlassen.

8.

A. M., Arbeitersfrau, 29 J., aufgen. am 20. X. 04.

I. Menses mit 17 Jahren; nach einmaligem Auftreten setzten sie 1 Jahr aus, hierauf waren dieselben wieder regelmässig, 5—6 Tage dauernd, ohne Schmerzen. Patientin hat 7 mal geboren, zuletzt vor 4 Monaten. Seit dieser Zeit Klagen über Blutabgang aus der Scheide, welcher angeblich 1—2 Tage andauert, um wieder einige Tage auszusetzen. In den Blutungsintervallen will Patientin eitrigen Fluor bemerkt haben.

Status: Scheide mässig weit, Portio etwas vergrössert. Die vordere Lippe ist vollkommen intakt, an der hinteren eine etwa talergrosse Ulceration mit auf der rechten Seite ziemlich scharf eingefressenen Rand, in der Mitte etwas vertieft. Der Uterus lässt sich sehr gut bis fast in den Scheideneingang herunterziehen.

Diagnose: Carcinoma portionis. Totalexstirpation am 24. X. 04.

Die Durchschneidung der Scheidenschleimhaut ist ungewöhnlich blutig, weshalb nach Durchtrennung des Douglas und Peritoneums eine sofortige Vernähung des Peritoneums mit der hinteren Scheidenwand vorgenommen wird.

Heilung glatt. Entlassung am 10. XI. 04.

9.

G. L., Kaufmannsfrau, 45 J., aufgen. am 2. X. 04.

IV para. Alle Geburten normal, letzte vor 6 Jahren. Patientin kommt wegen anhaltender Schmerzen und unregelmässiger Blutungen.

Status: Grosse, etwas blass aussehende Frau. Scheide sehr weit, Vaginalportion erscheint etwas vergrössert und höckrig, besonders nach rechts und hinten. Uterus sehr leicht beweglich, nicht vergrössert. Im Spekulum erscheitn die Portio erodiert und besonders an der hinteren Lippe in der Weise ulceriert, dass der Scheidenansatz abgerissen erscheint, mit einem scharfen Rand endigend. Die Cervicalschleimhaut selbst etwas wulstig, gerötet und die vordere Lippe im Ganzen etwas aufgetrieben.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Am 9. X. 04 wurde die Totalexstirpation ausgeführt mit dem Unterschied, dass die beiden Parametrien auf der Schaufelklemme mit dem Paquelin durchbrannt wurden.

Die Heilung verlief ohne jegliche Störung. Patientin konnte am 23. X. 04 zum ersten Mal aufstehen und wurde am 29. X. 04 geheilt entlassen.

10.

Gl. M., Gendarmenfrau, 50 J., aufgen. am 20. IX. 04.

III para. I. Partus mittelst Zange, die beiden anderen normal. Wochenbett stets gut. I. Menses mit 14 Jahren, regelmässig ohne Beschwerden. Vor einigen Jahren blieben dieselben ein halbes Jahr aus, kamen dann wieder regelmässig, bis sie nach einem Jahr wieder für längere Zeit

ausblieben. Am 24. VI. 04 starke Blutung, auf Hydrastis Besserung. Nach 4 Wochen wieder Blutung und so wieder regelmässig alle 4 Wochen. Seit dem letzten Mal andauernd etwas blutigwässeriger Ausfluss. Schmerzen sind nicht vorhanden.

Status: Sehr anämische Frau, Bauchdecken fettreich. Uterus anteflektiert, kaum beweglich. Im weit geöffneten Cervikalkanal weiche, blutende Massen. Sehr stark riechender Ausfluss.

Die mikroskopische Untersuchung einiger mit der Curette entfernter Gewebsstückchen ergibt die

Diagnose: Carcinoma corporis.

Am 3. X. 04 Totalexstirpation nach vorheriger Scheidendammincision.

Am 1. Tag nach der Operation Erbrechen und Ansteigen der Temperatur, im Übrigen vollkommen normaler Verlauf der Heilung. Patientin wird am 26. X. 04 geheilt entlassen.

11.

Sch. X., Ökonomenfrau, 53 J., aufgen. am 15. XI. 04.

Patientin hat 5 mal normal geboren, zum letzten Mal vor 16 Jahren. Seit der letzten Geburt leidet die Frau an Vorfall. Menopause seit einem Jahr; in den letzten Jahren nur sehr wenig menstruiert. Seit diesem Frühjahr übelriechender Ausfluss. Schmerzen und Blutungen nicht vorhanden

Status: Mässiger Prolaps der hinteren und vorderen Scheidenwand. Uterus tief stehend, gut beweglich; äusserer Muttermund für einen Finger durchgängig. Im erweiterten Cervikalkanal leicht abbröckelbare Massen.

Diagnose: Carcinoma corporis.

Nach vorheriger Excochleation und Cauterisation, ferner Vernähung des äusseren Muttermundes wird am 20. IX. 04

die vaginale Totalexstirpation gemacht. Bei Eröffnung des Douglas entleert sich eine geringe Menge ascitischer Flüssigkeit. Schon während der Narkose heftiges Erbrechen.

21. IX. Wohlbefinden. Abendtemperatur 39,8.

22. IX. Anhaltend hohes Fieber. Puls ziemlich frequent. Leib leicht meteoristisch aufgetrieben, über der Symphyse geringe Druckempfindlichkeit.

27. IX. Meteorismus zugenommen, Atmung jagend, Sensorium benommen, Lähmung der Extremitäten. Temperatur: normal.

Exitus letalis.

12.

J. M., Häfnersfrau, 47 J., aufgenommen am 7. IX. 04. V para. Patientin hatte 2 spontane Geburten, ferner 3 Aborte im 3. und 4. Monat. Menstruation stets regelmässig bis vor 5 Wochen, von wo ab Patientin mit geringen Intervallen ständigen Blutabgang hat. Seit gleicher Zeit merkliche Abmagerung und Schmerzen im Unterleib.

Status: Scheide kurz, Portio erscheint sehr verbreitert und kolossal verdickt. Die ganze Cervix ausgefüllt mit weichen, zerdrückbaren Massen; Uterus leidlich beweglich. Bei Rektaluntersuchung erweisen sich beide Ligamenta neben der Cervix straff, etwas verdickt, aber nicht ausgesprochen carcinomatös, so dass der Versuch einer Radikaloperation gerechtfertigt erscheint.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Am 17. IX. 04 Totalexstirpation nach vorheriger Excochleation mit dem scharfen Löffel und ziemlich tiefgehenden Scheidendammschnitten. Beim Versuch, den Uterus tiefer zu ziehen, erweist sich das Gewebe so brüchig, dass die Zangen überall ausreissen. Im Weiteren lässt sich ausserdem eine solch starke Adhärenz der Blase konstatieren, dass dieselbe erst nach vollständigem Abbinden des

Parametrium sich ablösen lässt. Verwachsungen des Douglas erschweren die Operation noch mehr.

Patientin ist nach der Operation recht anämisch, Puls sehr frequent und klein.

18. IX. Starke Schmerzen im Unterleib, Puls kaum fühlbar. Extremitäten kalt, mit Schweiss bedeckt.

19. IX. Leib stark aufgetrieben und sehr druckempfindlich. Ansteigen der Temperatur auf 39,2.

21. IX. Heftiges Aufstossen und Erbrechen. Facies Hypocratica. Temperatur 37,6.

23. IX. Exitus letalis.

13.

H. B., Häckersfrau, 54 J., aufgen. am 17. VIII. 04.

Patientin hat zweimal spontan geboren, Menses stets regelmässig, beschwerdenfrei. Menopause vor 13 Jahren eingetreten. Seit 6 Wochen Schmerzen im Unterleib, keine Blutung. In letzter Zeit stark abgemagert.

Status: Portio hart, dick; Muttermund quer gespalten, lässt den Finger in den erweiterten und mit starken Wucherungen ausgekleideten Cervikalkanal eindringen. Uterus gut beweglich; Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Am 19. VIII. wird die Neubildung mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Blutung minimal. Nach Ausräumung erscheint die Uteruswand ziemlich dünn, so dass von einer Cauterisation abgesehen werden muss. Die am 12. IX. ausgeführte Operation wurde mit dem Schuchhardtschen Paravaginalschnitt begonnen. Infolge der starken Zerstörung des Uterus konnte eine Verletzung der Blase nicht vermieden werden. Schluss der Blasenwunde durch Catgutnähte.

Die Rekonvaleszens verlief mit Ausnahme einmaliger Temperatursteigerung vollständig befriedigend. Von Seiten

der Blase traten keine Erscheinungen auf. Patientin konnte am 1. X. 04 geheilt entlassen werden.

14.

H. E., Apothekersfrau, 53 J., aufgen. am 6. VI. 04.

Patientin hat 4 mal abortiert, zuletzt vor 8 Jahren. I. Menses mit 13 Jahren, regelmässig, ohne besondere Beschwerden. Seit dem 42. Jahre unregelmässige Blutungen. Mit 46 Jahren wurde Patientin kurettiert, seitdem angeblich gelblich-blutiger Ausfluss.

Status: Sehr dicke, fettreiche Frau, Scheide für 2 Finger durchgängig, Portio nicht vergrössert. Uterus scheint ziemlich beweglich zu sein, lässt sich jedoch nur in beschränktem Maasse herunterziehen. Bei der Sondenuntersuchung kommt man auf Rauhigkeiten.

Diagnose: Carcinoma corporis.

Am 7. VI. wird die Totalexstirpation nach vorhergegangener Scheidendammincision mit dem Paquelin ausgeführt.

Am 1. Tag nach der Operation einmal Erbrechen, ferner Temperatursteigerung, die erst nach 6 Tagen wieder zur Norm zurückkehrt. Am 22. VI. klagt Patientin über brennende Schmerzen beim Wasserlassen, die auf Urotropingebrauch bald wieder verschwinden. Entlassung am 2. VII. 04.

15.

Z. M., Badersfrau, 48 J., aufgen. am 27. IV. 04.

Patientin hat 6 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 7 Jahren. Menses immer regelmässig. Im Sommer vorigen Jahres hatte Patientin zu der Zeit, in welcher die Periode eintreten sollte, eine starke Blutung, die 3 Wochen anhielt; nach 8tägiger Pause wiederum eine Blutung. In unregelmässigen Intervallen blutete die Patientin bis vor

ungefähr 6 Wochen, von wo ab sich übelriechender Ausfluss einstellte.

Status: Portio stark vergrössert, weich, mässig ulceriert. Cervix fast für 2 Finger durchgängig, ebenfalls mit weichen, zerdrückbaren Massen ausgefüllt. Uterus stark vergrössert, gut beweglich.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Die am 1. V. vorgenommene Totalexstirpation verlief im Ganzen glatt. Ein Umstülpen des Uterus war wegen der Grösse desselben nicht möglich.

Die Patientin erholte sich nach der Operation sehr rasch und verliess am 24. V. geheilt die Klinik.

16.

S. R., Ökonomenfrau, 48 J., aufgen. am 24. VI. 04.

II para. Patientin war bis zum Dezember vorigen Jahres regelmässig menstruiert. Von da ab trat die Periode alle 3 Wochen auf, 8 Tage dauernd, ohne Schmerzen. Seit 14 Tagen ununterbrochene Blutung mit übelriechendem Sekret.

Status: Sehr heruntergekommene, elend aussehende Frau. Der untersuchende Finger fühlt die stark aufgetriebene Portio, deren Oberfläche rings um den äusseren Muttermund, besonders aber an der vorderen Lippe im Spekulumbild intensiv rote, höckerige Rauhigkeiten zeigt, die bei Berührung sofort stark bluten. Der in die Cervix vordringende Finger gelangt in eine rauhe, ausgefressene Höhle. Der Uterus scheint mässig beweglich zu sein. Das Parametrium links anscheinend frei, rechts unzweifelhaft verdickt.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Nach vorheriger gründlicher Excochleation der Cervix und ausgiebiger Verschorfung mit dem Paquelin wird am 27. III. die Totalexstirpation ausgeführt.

Die Durchtrennung der Ligamenta wurde auf der Mackenrodtschen Klemme vollzogen mittelst des Paquelin unter Mitnahme der rechten Tube und des rechten cystisch erweiterten Ovariums.

Die Rekonvaleszenz verlief befriedigend. Entlassung am 13. IV. 04.

17.

G. H., Sattlersfrau, 32 J., aufgen. am 24. V. 04.

Patientin ist seit 6 Jahren steril verheiratet. I. Menses mit 17 Jahren, stets unregelmässig, mit Schmerzen vor und während der Blutung. Patientin war vom 28. I. bis 16. IV. wegen Myoma polyposum uteri carcinomatosum degen. in hiesiger Klinik behandelt worden. Es wurde damals in Anbetracht des elenden Zustandes der Frau die Enukleation des derben, im ganzen etwa zweifaustgrossen Polypen vorgenommen und eine Radikaloperation auf jetzt verschoben.

Status praes.: Der Uterus liegt retrovertiert, ist stark vergrössert und sehr fest. In demselben fühlt man von dem oberen Teil der Cervix an, besonders nach hinten, weiche, rauhe Massen.

Diagnose: Carcinoma corporis.

Am 31. V. 04 Totalexstirpation. Die Umstülpung des Uterus nach hinten gelang infolge der Grösse des Organes nicht. Blutung ziemlich bedeutend.

Die Patientin war nach der Operation recht anämisch und erbrach einige Male. Das Befinden besserte sich dann zusehends, so dass Patientin am 21. VI. geheilt entlassen werden konnte.

18.

Kr. Ch., 57 J., aufgenommen am 14. III. 04.

VI para. Letzte Geburt vor 25 Jahren. Menopause seit 10 Jahren. Seit einem halben Jahre unregelmässige Blutungen.

Status: Uterus etwas vergrössert, anteflektiert, vollkommen beweglich. Die Uterushöhle fühlt sich mit der Sonde rauh an. Das Probecurettement ergibt die

Diagnose: Carcinoma corporis.

Nach vorherigen Scheidendammschnitten mit dem Paquelin und Vernähung der Portio mit Seidenfäden wird am 17. III. die Totalexstirpation gemacht.

Der Verlauf der Heilung war völlig ungestört. Entlassung am 8. IV. 04.

19.

Sch. K., Schiffbaumeistersfrau, 46 J., aufgenommen am 29. II. 04.

Patientin hat vor 5 Jahren zum letzten Mal geboren. Das Wochenbett verlief trotz einer starken Blutung günstig. Seit einem Jahr bemerkt Patientin ab und zu Blutabgang, der in letzter Zeit stärker wurde.

Status: Die Digitaluntersuchung stellt einen etwa faustgrossen, runden, glatten, derben Tumor fest, der mit einem gut daumenbreiten Stiel aus dem Uterus herausragt.

Am 2. III. 04 wurde die Abtragung des Stieles vorgenommen. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab die

Diagnose: Polyp. sarcomat. degen.

23. III. 04. Totalexstirpation des Uterus. Die Genesung verlief ohne jede Störung.

Entlassung am 10. IV. 04.

20.

Sch. O., Siedmeistersfrau, 37 J., aufgen. am 25. I. 04.

VIII para. Geburten normal. Im letzten Wochenbett vor $2^1{}_2$ Jahren wurde Patientin 8 Wochen lang an Unter-

leibsentzündung behandelt. Die Menses sind seit der letzten Entbindung unregelmässig. Von Ende Dezember ab andauernd Blutabgang mit Unterbrechung von einigen Tagen.

Status: Scheide ziemlich weit und faltig, Portio steht etwas tiefer als gewöhnlich und nach vorne gerichtet. Äusserer Muttermund geöffnet, fühlt sich etwas rauh an. Uterus wenig vergrössert, liegt in Retroflexionsstellung. Das Spekulumbild zeigt eine etwa zweimarkstückgrosse Erosion der Portio. Durch mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückes wird die

Diagnose: Carcinoma cervicis

sicher gestellt.

Die am 1. V. 04 ausgeführte Totalexstirpation verlief gut. Am Abend des 1. II. starker Urindrang. Spontanes Wasserlassen unmöglich. Heftiges Durstgefühl.

2. II. Unterleib stark druckempfindlich. Abendtemperatur 39°.

5. II. Schmerzen im Unterleib geringer. Abendtemperatur 40,1°.

Vom 7. II. ab allmählicher Abfall der Temperatur.

Am 17. II. konnte Patientin zum ersten Mal aufstehen.

Entlassung am 22. II. 04.

Entlassungsbefund:

Scheidenbauchwunde geheilt. Kleines Becken frei. Am linken Adnexstumpf eine kleine, etwa taubeneigrosse, auf Druck nicht empfindliche, ziemlich circumskripte Infiltration.

Patientin kommt am 15. XII. mit einem Recidiv.

Status: Frau sieht gut aus. Rechts sich an den Adnexstumpf anschliessend eine etwa kleinapfelgrosse derbe ziemlich circumskripte Geschwulst, welche mit dem Beckenrande durch einen straffen, kurzen Strang verbunden ist.

Am 2. I. 05 Laparotomie.

21.

H. K., Buchdruckersfrau, 55 J., aufgen. am 11. I. 04.

Patientin hat 7 Geburten, die letzte vor 13 Jahren und 2 Aborte durchgemacht. Seit 3—4 Monaten besteht starker Fluor, dazu kam seit 2 Monaten mässiger Blutabgang.

Status: Scheide ziemlich eng, Portio ausserordentlich kurz; äusserer Muttermund klein. Der Uterus ist retroflektiert. In Anbetracht der verdächtigen Symptome Probecurettement, dessen mikroskopische Untersuchung die

Diagnose: Carcinoma corporis

stellen lässt.

Am 3. II. 04 Totalexstirpation. Glatter Heilungsverlauf.

Entlassung am 22. II. 04.

22.

Sch., 69 J., aufgenommen am 5. I. 04.

Patientin bemerkt zum ersten Mal vor 7 Wochen starke Blutungen; keine Spur von sonstigen Beschwerden. Drei Partus, letzter vor 33 Jahren. Die Periode ist in den fünfziger Jahren ausgeblieben. Angeblich in der ganzen Zwischenzeit keine Blutungen.

Status: Scheide ziemlich eng; in derselben ein dicker, wulstiger Polyp, der breit in die Cervix sich fortsetzt und teilweise ulceriert ist.

Die mikroskopische Untersuchung des in Narkose abgetragenen Polypen ergibt eine fibro-sarkomatöse Neubildung.

Diagnose: Sarcoma uteri.

Nach gründlicher Verschorfung der Wundfläche mit dem Paquelin und mässig tiefen Scheidendammincisionen wird am 13. I. 04 die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen. Die Heilung verlief ohne Nebenerscheinungen.

Entlassung am 2. II. 04.

23.

S. R., Taglöhnersfrau, 65 J., aufgen. am 30. XI. 03.

Patientin hat 4 mal geboren, zuletzt vor 20 Jahren und einmal abortiert. Menopause seit dem 45. Lebensjahr. Seit 4 Wochen Blutungen von wechselnder Stärke. Ausfluss angeblich seit 6 Wochen.

Status: Portio ziemlich massig. Der untersuchende Finger gelangt in die weit ausgefressene Cervixhöhle. Uterus anscheinend gut beweglich. Parametrien lassen keine Infiltration nachweisen.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Totalexstirpation am 10. XII. nach vorhergegangenen Scheidendammincisionen. Die Operation war nicht besonders blutig, aber schwierig wegen der schlechten Zugänglichkeit der Scheide, der Grösse der Cervix und der weitgehenden Zerstörung derselben. Ausserdem wurde die Operation noch dadurch etwas verlängert, dass beim Hervorziehen des Uterus die äusserst morsche Cervixwand einriss und aus dem augenscheinlich durch Flüssigkeit ausgedehnten Uterus eine eitrig-schleimige Masse herausquoll. Das ganze Operationsfeld wurde sofort gereinigt, die Dammwunde nicht vernäht, um bequem den Verband wechseln zu können, falls eine Infektion durch die Massen dies nötig machen sollte.

Die Heilung verlief glatt und fieberfrei.

Entlassen am 23. XII. 03.

24.

Fr. M., ledig, 59 J., aufgen. am 26. XI. 03.

II para. Letzte Entbindung vor 28 Jahren. Menopause seit dem 46. Lebensjahre. Seit 2 Jahren ab und zu geringe Blutungen.

Status: Uterus ungefähr faustgross, gut beweglich. Das Cavum fühlt sich mit der Sonde rauh an. Probe-

curettement ergibt die

Diagnose: Carcinoma corporis

Totalexstirpation am 3. XII. 03.

Während der Operation zeigte sich erst, dass der Uterus ganz von maligner Neubildung durchsetzt war. Beim Herunterziehen desselben reisst er ein, wobei an verschiedenen Stellen eine gelbliche, dicke Flüssigkeit hervorquillt.

Heilungsverlauf normal. Entlassen am 21. XII. 03.

25.

P. M., Ökonomenwitwe, 58 J., aufgen. am 27. X. 03.

I. Menses mit 18 Jahren, immer regelmässig. Patientin hat zweimal normal geboren. Vor 2 Jahren war dieselbe angeblich wegen Gebärmuttervorfall und Geschwürsbildung an derselben in klinischer Behandlung. Es wurde damals ein Ring eingelegt und das Geschwür geätzt. In letzter Zeit Klagen über starken Ausfluss und geringe Blutungen.

Status: Uterus lässt sich leicht herunterziehen, rechte Adnexe straff und kurz, jedoch nicht nachweislich infiltriert. Uterus retroflektiert und vergrössert. Bei Spekulumuntersuchung ist an der hinteren Muttermundslippe eine sehr leicht blutende Ulceration mit unregelmässigen Rändern zu sehen.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

7. IX. Wegen der Enge der Scheide werden beiderseits tiefe Scheidendammincisionen mit dem Glüheisen gemacht. Das Carcinom selbst wird ebenfalls mit dem Paquelin oberflächlich zerstört. Hierauf Totalexstirpation.

Patientin wird am 27. IX. geheilt entlassen.

26.

St. B., Tünchersfrau, 56 J., aufgen. am 20. VII. 03.

Patientin hat 4 mal spontan geboren, einmal abortiert. Seit 10 Jahren besteht Menopause. Patientin kommt mit

Klagen über Blutungen und Ausfluss seit sechs Wochen. Schmerzen bestehen nicht.

Status: Scheide ziemlich eng, Portio klein; dieselbe ist in ein Geschwür aufgegangen, das sich noch etwas auf die vordere Scheidenwand fortsetzt. Uterus gut beweglich, Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma portionis.

25. VII. Totalexstirpation. Es gelang vollständig im Gesunden zu operieren. Die Genesung verlief befriedigend. Entlassung am 14. VIII. 03.

27.

W. Fr., Dienstmagd, 33 J., aufgen. am 14. VI. 03.

Hat zweimal geboren. Periode immer regelmässig. Seit 10 Wochen leidet Patientin an unregelmässigen Blutungen und schleimig-eitrigem Ausfluss.

Status: Scheide mässig weit. Portio pilzförmig, an der linken Seite ulceriert. Uterus normal gelagert, nach der rechten Seite frei beweglich, nach links etwas in seiner Beweglichkeit gehindert.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Nach gründlicher Ausschabung mit dem scharfen Löffel wird am 26. VI. 03 die Totalexstirpation vorgenommen.

Am ersten Tag nach der Operation starke Schmerzen im Unterleib. Weiterer Verlauf normal. Patientin wird am 18. VII. 03 geheilt entlassen.

28.

N. B., Taglöhnersfrau, 62 J., aufgen. am 11. V. 03.

IX. para. I. Menses mit 19 Jahren, regelmässig, jedoch immer mit ziemlichen Schmerzen verbunden. Seit einem viertel Jahr starke Schmerzen im Unterleib und Blutabgang.

Status: Portio ziemlich breit, Cervix hart und gross. Auf der rechten Seite des äusseren Muttermundes ein

kleines Ulcus. Das Probecurettement ergibt die

Diagnose: Carcinoma cervicis.

18. V. 03 Totalexstirpation. Dieselbe wurde erschwert durch die Enge und Unnachgiebigkeit des Scheidenrohres, weshalb auch vor der Operation ausgiebige Scheidendammincisionen gemacht wurden.

Verlauf der Heilung ungestört. Entlassung am 8. VI. 03.

29.

Str. M., Müllerswitwe, 56 J., aufgen. am 24. III. 03.

Vater an Magenkrebs gestorben. Patientin hat 3 mal spontan geboren. Menopause seit 8 Jahren. In den letzten 3 Wochen ununterbrochen Blutabgang.

Status: Scheide anämisch, Portio vergrössert. Cervikalkanal zerklüftet, bei Berührung leicht blutend. Uterus anteflektiert, gut beweglich. Linkes Parametrium verkürzt.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

31. III. Totalexstirpation. Entlassung am 10. IV. 03.

30.

H. v. B., 48 J., aufgenommen am 13. III. 03.

Patientin ist seit 22 Jahren steril verheiratet. Menses waren immer regelmässig bis vor einem Jahre, von wo ab unregelmässige Blutungen auftraten.

Status: Scheide mässig eng, Portio vergrössert, rings um dieselbe eine gewucherte Masse, die sich abbröckeln lässt und leicht blutet. Scheidengewölbe normal. Uterus nicht vergrössert, gut beweglich.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Excochleation und Cauterisation des Geschwüres. Hieran anschliessend Totalexstirpation am 14. III. 03.

Das vergrösserte rechte Ovarium und die Tube werden mitexstirpiert.

Die Rekonvaleszens verlief ganz reaktionslos.

Patientin konnte am 6. IV. geheilt entlassen werden.

31.

B. M., Schneiderswitwe, 53 J., aufgen. am 26. I. 03.

Patientin will erst seit ihrem 20. Lebensjahre regelmässig menstruiert sein. Dieselbe hat 8 mal geboren, zuletzt vor 17 Jahren. Seit 6 Wochen bestehen unregelmässige Blutungen und Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

Status: Scheide weit, Portio kurz, aber breit und hart. Cervix erscheint verdickt, äusserer Muttermund unregelmässig, leicht zerklüftet. Uterus anscheinend etwas vergrössert, jedoch gut beweglich.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Totalexstirpation am 30. I. 03.

Erschwert wird dieselbe durch die innige Verbindung der Blase mit dem Uterus, weshalb letztere auch erst nach Eröffnung des Douglas losgelöst wird. Operation ziemlich blutig. Heilungsverlauf normal. Entlassung am 22. II. 03.

32.

M. B., Wagnersfrau, 49 J., aufgen. am 30. V. 02.

Patientin hat 4 mal spontan geboren, zuletzt vor 15 Jahren und zweimal abortiert. Menses waren bis jetzt immer regelmässig. Seit 3 Monaten Schmerzen im Unterleib und rötlicher Ausfluss.

Status: Scheide ziemlich eng, Portio stark vergrössert, an der vorderen Lippe eine etwa hühnereigrosse, zerklüftete, papilläre Geschwulst. Uterus selbst anscheinend vergrössert, jedoch gut beweglich.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Die Neubildung wurde mit Schere und scharfem Löffel abgetragen, die Wundfläche mit dem Paquelin verschorft und am 4. VI. die Totalexstirpation vorgenommen, welche ohne jede Störung verlief.

Patientin erholte sich sehr rasch und konnte am 24. VI. geheilt entlassen werden.

33.

Kr. M., Zimmermannsfrau, 56 J., aufgen. am 23. V. 03.

I. Menses mit 20 Jahren, immer regelmässig. Menopause mit 54 Jahren. Patientin hat 6 normale Puerperien durchgemacht, zuletzt vor 16 Jahren. Seit 3 Wochen bemerkt dieselbe Blutungen, die mit nur geringen Intervallen andauern. Keine Schmerzen.

Status: Sehr dicke, fettreiche Frau. Scheide mässig weit. Portio stark zerklüftet, vordere Lippe fehlt fast vollständig. Bei Rektaluntersuchung erscheint die Cervix links ziemlich normal, rechts hingegen verdickt und unnachgiebig.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Bei der am 28. V. 02 vorgenommenen Totalexstirpation machte das Herabziehen des Uterus wegen der Unnachgiebigkeit und ausgedehnten Zerstörung der Cervix erhebliche Schwierigkeiten. Heilungsverlauf normal.

Entlassung am 15. VI. 02.

34.

B. J., Schreinermeistersfrau, aufgen. am 27. II. 02.

8 Geburten erfolgten spontan. I. Menses mit 14, Menopause mit 45 Jahren. Seit 4—5 Monaten besteht starker Fluor, seit 14 Tagen mässiger Blutabgang. Schmerzen fehlen.

Status: Scheide ziemlich eng, Portio klein, Cervikalkanal mässig stark zerklüftet. Uterus ziemlich gut beweglich. Umgebung scheint frei zu sein.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Nach ziemlich tiefer linksseitiger Dammincision und gründlicher Ausschabung der Neubildung mit sich daran anschliessender Cauterisation wird am 3. III. die Totalextirpation vorgenommen.

Die Heilung nimmt einen ganz ungestörten Verlauf.

Entlassung am 22. III. 02.

35.

Pr. B., Gastwirtsfrau, 51 J., aufgen. am 12. II. 02.

X para. Part. ult. vor 6 Jahren. Geburten und Wochenbett normal. Menses immer regelmässig, Menopause noch nicht eingetreten. Seit 4 Monaten unregelmässige Genitalblutungen, welche so häufig wurden, dass der Menstruationstypus total verwischt wurde.

Status: Uterus leicht retroflektiert, ziemlich gut beweglich. Linkes Parametrium etwas verdickt und unnachgiebig. Auf der hinteren Muttermundslippe eine breite, polypöse, höckerige Geschwulst, die links breit bis an das hintere Scheidengewölbe herangeht.

Diagnose: Carcinoma portionis.

17. II. Totalexstirpation. Trotz der ausgedehnten Zerstörung ist es noch möglich, im Gesunden zu operieren. Erschwert wird die Operation durch die Straffheit und Unnachgiebigkeit des linken Parametrium.

Ungestörter Heilungsverlauf. Entlassung am 9. III. 02.

36.

H. B., Ökonomenfrau, 61 J., aufgen. am 21. I. 02.

III para. Menses immer regelmässig, jedoch mit starken Kreuzschmerzen verbunden. Seit einem Jahr fast täglich mässiger Blutabgang. Bisweilen riechender Fluor.

Status: Portio kurz, Uterus mässig vergrössert, anteflektiert. Bei Sondenuntersuchung fühlt man im Uterus Rauhigkeiten, die leicht bluten.

Diagnose: Carcinoma corporis.

Wegen der relativen Enge der Scheide und der Grösse des Uterus mässiger linksseitiger Scheidendammschnitt. Hierauf Vernähung des Muttermundes, woran sich die Totalexstirpation anschliesst.

Ausser geringen Schmerzen und einem leichten Ansteigen der Temperatur in den ersten Tagen nach der Operation war der Heilungsverlauf ein günstiger.

Entlassung am 16. II. 02.

37.

B. A., Vorarbeitersfrau, 68 J., aufgen. am 10. I. 02.

VII para. Geburten und Wochenbett normal. I. Menses mit 13, Menopause mit 50 Jahren. Seit dem Herbst vorigen Jahres bestehen unregelmässige Genitalblutungen.

Status: Sehr fettreiche Frau. Scheide eng und lang, Portio fühlt sich rauh an und blutet sehr leicht, desgleichen der Cervikalkanal. Uterus leidlich beweglich.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Nach vorheriger Scheidendammincision wird am 15. I. die Totalexstirpation ausgeführt.

Völlig ungestörter Heilungsverlauf.

Entlassung am 5. II. 02.

38.

V. S., Ökonomenfrau, 34 J., aufgen. am 6. I. 02.

Patientin hat 3 normale Puerperien durchgemacht. Menses immer regelmässig, ohne Beschwerden. Seit einem halben Jahr besteht allmählich sich mehrender Fluor und eine ohne nachweisbaren Anlass aufgetretene, diskontinuierliche Blutung.

Status: Im oberen Teil der Vagina ein gut wallnussgrosses, polypöses Gebilde von höckeriger Oberfläche, das breit in die vordere Muttermundslippe übergeht; hintere Lippe intakt. Uterus nach Lage und Grösse normal.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Am 13. I. Totalexstirpation. Dieselbe wird gut überstanden.

Am 1. Tag nach derselben Wohlbefinden.

15. I. Abendtemperatur 38,4. Puls auffallend beschleunigt.

16. I. Abendtemperatur 40,1. Puls jagend und klein. Abdomen stark aufgetrieben und druckempfindlich.

17. I. Scheidenbauchwunde wird wieder geöffnet, wobei sich sehr reichliche Eitermengen entleeren. Daraufhin geringe Besserung des Allgemeinbefindens. Temperatur 38,5.

18. I. Morgentemperatur 40,4. Unter zunehmender Verschlechterung des Allgemeinbefindens tritt der Exitus ein.

39.

H. C., Apothekersfrau, 59 J., aufgen. am 28. XII. 01.

Patientin ist seit 15 Jahren steril verheiratet. I. Menses traten mit 20 Jahren auf, regelmässig, ohne Beschwerden. Menopause besteht seit 6 Jahren. Seit Ende Oktober Auftreten von Schmerzen im Kreuz und Unterleib; zugleich stellte sich fleischwasserähnlicher Fluor ein. Der konsultierte Arzt konstatierte einen Tumor, der vom Uterus ausging. Exstirpation desselben. Die mikroskopische Untersuchung ergab die

Diagnose: Sarcoma uteri,
weshalb die Totalexstirpation beschlossen wurde.

Status: Uterus leicht vergrössert, Vagina ausserordentlich eng und unnachgiebig. Portio klein, Parametrien frei.

Nach vorheriger Vernähung der Portio und ausgiebiger Scheidendammincision mit dem Paquelin wird am 29. XII. die Totalexstirpation ausgeführt. Die Operation wurde ziemlich erschwert durch die Straffheit und Unnachgiebigkeit der seitlichen Ligamente, die ein Herabziehen des Uterus nicht ganz leicht machten.

Die Rekonvaleszenz verlief befriedigend. Entlassung am 25. I. 02.

40.

Gr. B., Buchhalterswitwe, 59 J., aufgen. am 11. XI. 01.

VIII para. I. Menses mit 16 Jahren, regelmässig und ohne Beschwerden. Menopause mit 54 Jahren. Seit vier Wochen bemerkt Patientin andauernde Blutung.

Status: Portio auffallend hart und knollig, Uterus klein, beweglich. Kleines Becken vollständig frei. Bei Spekulumuntersuchung sieht man an der hinteren Lippe eine etwa halbkirschgrosse, knollige Vortreibung, deren Oberfläche völlig intakt erscheint. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückes ergibt die

Diagnose: Carcinoma cervicis.

18. XI. Totalexstirpation.

Patientin wurde am 9. XII. geheilt entlassen.

41.

H. C., ledig, 55 J., aufgen. am 5. XI. 01.

0 para. Menses immer regelmässig ohne besondere Beschwerden. Menopause vor 6 Jahren eingetreten. Seit 4 Jahren zeitweiser Blutabgang und Fluor.

Status: Uterus anscheinend etwas vergrössert. Bei Sondenuntersuchung kommt man im Fundus auf verdächtige rauhe Stellen. Das Probecurettement ergibt die

Diagnose: Carcinoma corporis.

Wegen ausserordentlich enger Scheide wird eine ausgiebige Scheidendammincision mit darauffolgender Totalexstirpation am 13. XI. 01 gemacht.

Ausser mehrmaligem Erbrechen traten keinerlei Störungen nach der Operation auf.

Entlassung am 23. XII. 01.

42.

K. B., Obsthändlersfrau, 52 J., aufgen. am 14. VIII. 01.

Patientin hat 4 mal normal geboren. Seit Mitte Mai leidet sie an übelriechendem Ausfluss und Blutungen.

Status: Scheide eng und unnachgiebig. Portio unregelmässig, etwas zerklüftet, sehr kurz. Uterus gut beweglich, Parametrien frei.

Diagnose: Carcinoma portionis.

6. IX. 01 Scheidendammincision mit nachfolgender Totalexstirpation. Dieselbe wird etwas erschwert durch innige Adhärenz der Blase mit dem Uterus.

Glatter Verlauf. Entlassung am 25. IX. 01.

43.

Br. E., Glaserswitwe, 75 J., aufgen. am 30. VI. 01.

VII para. Menses immer regelmässig. Menopause mit 50 Jahren. Patientin leidet seit 30 Jahren an einem Vorfall, der nun seit einiger Zeit blutet.

Status: Vor der Vulva ein etwa kleinfaustgrosser Vorfall, bestehend aus der Scheidenwand und der atrophischen Cervix. Auf der rechten Seite des Vorfalles bis an den äusseren Muttermund heranreichend ein handtellergrosses Ulcus mit sehr scharf ausgefressenen, harten Rändern, leicht blutend. Von infiltrierten Stellen nirgends etwas zu fühlen.

Diagnose: Carcinom der Scheidenwand.

Am 5. VIII. 01 Totalexstirpation. Die Umschneidung des Vorfalles konnte noch vollständig im Gesunden vorgenommen werden.

Heilungsverlauf befriedigend. Entlassung am 28. IV. 01.

Patientin ist im folgenden Jahr an einem Recidiv gestorben.

44.

D. B., Steinhauersfrau, 36 J., aufgen. am 8. VII. 01.

Patientin hatte 6 normale Puerperien. Menses immer regelmässig. Seit April Schmerzen im Unterleib. Kein Fluor.

Status: Cervix ausgefüllt von unregelmässigen, zerdrückbaren Massen. Nach links hinten gelangt man in

eine mässig zerklüftete Höhle. Uterus nicht vergrössert, frei beweglich. Linkes Parametrium anscheinend infiltriert, rechtes frei.

Diagnose: Carcinoma cervicis.

Am 13. III. Totalexstirpation. Die Uterussubstanz war so brüchig, dass die Cervix beim festen Anziehen der Zangen teilweise abriss. Blutung sehr stark. Im weiteren Verlauf der Operation zeigte sich ein Übergreifen der carcinomatösen Neubildung auf das Beckenbindegewebe, die nur mit dem Paquelin zerstört werden konnte.

Operation wird gut überstanden.

Entlassung am 2. VIII. 01.

Nachrichten über das spätere Befinden der Patientin fehlen.

45.

Z. S., Taglöhnerswitwe, 52 J., aufgen. am 19. VI. 01.

VIII para. Menses immer regelmässig ohne Beschwerden. Menopause seit 2 Jahren. Seit 4 Wochen blutig-wässeriger, übelriechender Ausfluss; bisweilen leichte, ziehende Schmerzen im Unterleib.

Status: An der hinteren Lippe eine etwa hühnereigrosse, papilläre, derbe Geschwulst. Die vordere Lippe erscheint intakt, Scheide sehr gut zugänglich. Uterus leicht beweglich. Linkes Parametrium erscheint leicht verdickt.

Diagnose: Carcinoma portionis.

Excochleation und Totalexstirpation am 21. VI. 01.

Entlassung am 12. VII. 01.

46.

R. E., Zimmermannsfrau, 41 J., aufgen. am 28. IV. 01.

XV para. Part. ult. im Dezember vorigen Jahres. Seit Mitte Mai andauernd Blutabgang mit einer Unterbrechung von 14 Tagen. Kein Fluor und keine Schmerzen.

Status: Uterus leicht vergrössert, gut beweglich. Die vordere Muttermundslippe stark gewulstet, fühlt sich rauh an mit einem starken, etwas vorspringenden Rande gegen die Scheidenwand hin. Hintere Lippe normal.

Diagnose: Carcinoma portionis.

2. V. 01. Auskratzung und Cauterisierung der carcinomatösen Massen. Sodann Totalexstirpation, die gut verläuft. Das rechte vergrösserte Ovarium und die Tube wurden mitexstirpiert.

In den ersten Tagen nach der Operation geringe Schmerzen und leichte Temperaturerhöhung. Weiterer Verlauf normal. Patientin wird am 20. V. 01 geheilt entlassen.

47.

S. R., Flurhütersfrau, 62 J., aufgen. am 2. IV. 01.

VII para. Partus ult. vor 24 Jahren. I. Menses mit 17 Jahren, regelmässig, bisweilen schmerzhaft. Mit 59 Jahren cessierte die Periode bis Januar dieses Jahres. Seit dieser Zeit andauernde, unregelmässige Blutungen.

Status: Portio ist sehr kurz. Uterus erscheint etwas vergrössert, retrovertiert. Bei Sondierung des Cavum uteri gleitet man über sehr rauhe, zerdrückbare Massen.

Diagnose: Carcinoma corporis.

6. IV. 01. Mässige Scheidendammincisionen mit dem Paquelin. Sodann vag. Totalexstirpation. Das Herunterziehen des Uterus ist besonders erschwert durch die Grösse desselben.

Ausser geringen Schmerzen nach der Operation ist der Heilungsverlauf befriedigend. Entlassung am 25. IV. 01.

48.

Fr. B., ledig, 47 J., aufgen. am 7. III. 01.

0 para. Menses stets regelmässig ohne Schmerzen. Seit 3 Jahren bemerkt Patientin einen sich stetig mehrenden, schleimig blutigen Ausfluss aus den Genitalien.

Status: Scheide ziemlich eng. Uterus anteflektiert, Fundus anscheinend etwas verdickt. Rechtes Parametrium fühlt sich etwas derber an als das linke. Bei der Sondenuntersuchung fühlt man im Fundus Rauhigkeiten. Das Probecurettement ergibt die

Diagnose: Carcinoma corporis.

22. III. Linksseitige Dammincision mit nachfolgender Totalexstirpation.

Am 1. Tag nach der Operation ziemlich starke Schmerzen und mehrmaliges Erbrechen. Im Übrigen glatter Heilungsverlauf.

Entlassung am 12. III. 01.

49.

L. R., Amtsrichterswitwe, 53 J., aufgen. am 4. II. 01.

V para. Partus ultimus vor 24 Jahren. Seit einem Jahr fast ununterbrochen leicht blutiger Ausfluss.

Status: Uterus etwas vergrössert, frei beweglich. Mit der Sonde fühlt man im Cavum uteri reichlich weiche, typisch carcinomatöse Massen, die sehr leicht bluten.

Diagnose: Carcinoma corporis.

Am 8. II. 01 Totalexstirpation. Die Umstülpung des Uterus nach hinten liess sich wegen starker Adhäsionen im kleinen Becken nicht bewerkstelligen. Der Puls war während und nach der Operation zufriedenstellend.

Patientin hatte am 9. V. ziemlich erhebliche Schmerzen an der Wunde, mehrmaliges Erbrechen und geringe Temperatursteigerung. Von da ab war der Verlauf ein ungestörter. Patientin konnte am 21. II. 01 geheilt entlassen werden.

50.

Sab. S., Baudienersfrau, 69 J., aufgen. am 2. II. 01.

VIII. para. Partus ultimus vor 26 Jahren. Menopause seit dem 51. Jahre. Seit 4 Jahren besteht Fluor, zeitweise mit Blut vermischt. Blutabgang besonders bei der Cohabitation.

Status: Scheide eng, senil involviert; Portio kurz. In der Cervix leicht zerdrückbares, höckeriges Gewebe. Uterus gut beweglich. Rechtes Parametrium etwas straff.

Diagnose : Carcinoma cervicis.

8. II. 01. Excochleation und Cauterisation des erkrankten Gewebes. Rechtsseitiger Scheidendammschnitt mit nachfolgender Totalexstirpation. Bei Eröffnung des Douglas entleert sich etwas Ascitesflüssigkeit. Die Operation wird sehr erschwert durch die kolossale Brüchigkeit des Gewebes.

Die Rekonvaleszens verlief ohne besondere Störung. Entlassung am 27. II. 01.

Von den vorstehenden 50 Fällen wurden 46 = 92% wegen Carcinom der Gebärmutter operiert und zwar handelte es sich bei 11 Patientinnen um ein Carcinom der Portio, bei 19 um ein Carcinom der Cervix, bei 16 um ein Carcinom des Corpus; wegen Carcinom der Scheide wurde die Totalexstirpation einmal, wegen Sarcom des Uterus dreimal ausgeführt. In einem Fall (7) ist eine Komplikation eines Uteruscarcinoms mit einem subserösen Myom beobachtet worden. Die Unterscheidung der Fälle von Krebserkrankung in solche des Corpus und der Cervix ist nicht scharf durchgeführt worden.

Zur Desinfektion der Vagina vor der Operation wurde stets eine $1^{0}{}_{00}$ Sublimatlösung angewendet, zur Berieselung des Operationsfeldes während der Operation diente eine 5% Carbol- oder $1^{0}{}_{00}$ Sublimatlösung. In all' den Fällen von Carcinom des Vaginalteiles, bei welchen derselbe in ein durch seine Grösse raumbeengendes sogenanntes Blumenkohlgewächs umgewandelt war, sowie stets dann, wenn die carcinomatöse Portio ein jauchig zerfallendes, übelriechendes, morsches Gewebe aufwies, ging der Totalexstirpation entweder eine inzisive Abtragung der oberflächlichen Carcinommassen oder Auskratzen derselben

mit dem scharfen Löffel — beides mit nachfolgender Cauterisation — voraus. Handelte es sich um Carcinome des Uteruskörpers, so wurde, da durch das Herausquellen zersetzter Massen aus dem Uterus die Gefahr einer Impfinfektion sehr nahe liegt, der Muttermund mit Seitenfäden fest vernäht.

Die Operation wurde fast immer in der früher beschriebenen Weise ausgeführt, ausser in 3 Fällen, in denen ein Verfahren, das von *Markenrodt* angegeben wird, zur Ausführung kam. Die ganze Ablösung des Uterus wurde hierauf mit dem Thermocauter gemacht, die Ligg. lata in einer Art Schaufelklemme gefasst, auf derselben abgeglüht und ordentlich verschorft.

Es ist nur in den Fällen die Totalexstirpation ausgeführt worden, in denen man mit Sicherheit erwarten durfte, noch im Gesunden operieren zu können. Vor allen Dingen ist darauf geachtet worden, dass das Beckenbindegewebe, namentlich die Gegend um die Art. uter., auf die ja das Carcinom mit Vorliebe überzugreifen pflegt, nicht von der carcinomatösen Erkrankung ergriffen waren. Allerdings konnte im Fall 44 erst während der Operation ein Übergreifen des Carcinoms auf das Beckenbindegewebe konstatiert werden.

Abgesehen davon, dass in diesen Fällen die Operation durch die Starrheit und Unnachgiebigkeit der Ligamente des Uterus ungemein erschwert ist, hat man hier stets starke, schwer zu stillende Blutungen bei der Operation zu erwarten, ausserdem ist der Enderfolg der Operation immer mehr als zweifelhaft, da man hier nur sehr geringe Aussichten hat, alles Krankhafte zu entfernen. Deshalb scheinen auch die verschiedenen Methoden der Totalexstirpation, welche es erlauben grosse Partieen des Beckenzellgewebes und der Lymphdrüsen des Beckens zu entfernen, wenig empfehlens-

wert (cf. *Gusserow*, Berl. klin. Wochenschrift 1891, Nr. 47). Im Gegensatz zu *Gusserow* ist jedoch die Operation ausgeführt worden, wenn nur die Parametrien frei waren.

Von den 50 operierten Fällen sind 3=6% gestorben. Die betreffenden Patientinnen gingen alle an septischer Peritonitis zu Grunde.

Was die einzelnen operierten Fälle betrifft, so ist nachweislich bei einem derselben (29) der Vater an Magenkrebs gestorben. Bei den übrigen Patientinnen fanden sich keine sicheren Angaben über Hereditätsverhältnisse.

Sechs der Patientinnen, bei welchen die Totalexstirpation ausgeführt wurde, hatten niemals geboren.

Die Operation wurde, wie schon erwähnt, in einem Falle (35) noch vorgenommen, in dem die Neubildung auf die Scheide übergegriffen hatte, ebenso in 4 Fällen (5, 6, 12, 42), in denen das Carcinom bis dicht an die Blase heranreichte, so dass die Operation hier schwer im Gesunden auszuführen war. Bei diesen Fällen waren vor der Operation im Beckenbindegewebe abnorme Resistenzen nicht zu fühlen, es schien sich das Carcinom nur der Fläche nach ausgebreitet zu haben. Was die endgültigen Erfolge betrifft, so ist über 1, 2 und 42 keine Nachricht vorhanden, 8 ist an septischer Peritonitis gestorben. — Im Falle 13 konnte wegen der ausgedehnten Zerstörung des Uterus eine Verletzung der Blase nicht vermieden werden. Die Wunde wurde mit Catgutnähten vereinigt und heilte ohne jegliche Nebenerscheinungen.

Die Operation wurde öfter durch die Grösse des Organz erschwert, jedoch machte dieselbe nie ein Abstehen von ihr notwendig. Dreimal musste der Uterus nach hinten umgestülpt werden, einerseits wegen der abnormen Grösse desselben, andererseits, da es wegen zu grosser Fixation

desselben sowie wegen zu enger Scheide unmöglich war, ihn weit genug herabzuziehen.

Infiltrationen des Beckenzellgewebes, die vor der Operation nicht bemerkt wurden, fanden sich, wie schon erwähnt, in einem Falle (44). Adhäsionen im kleinen Becken wurden im Fall 7, 12 und 49 gefunden, in 2 Fällen (11 und 50) entleerte sich bei Eröffnung des Douglas eine grössere Menge ascitischer Flüssigkeit.

Durch abnorme Brüchigkeit des Uterusgewebes wurde die Operation in zahlreichen Fällen erschwert. Ganz besondere Schwierigkeiten boten sich im Fall 23 und 24. In beiden Fällen riss bei den Versuchen, den Uterus herabzuziehen, die äusserst morsche Wand desselben ein und die carcinomatösen, weichen Massen, die sich im Cavum uteri befanden, quollen in den Douglas schen Raum hinein.

Zwar wurde sofort das ganze Operationsfeld gereinigt, um jedoch bei einer dennoch eingetretenen Infektion den Verband schnell und ohne durch die Enge des Interoitus behindert zu sein, wechseln zu können, wurde in diesem Falle die Dammwunde nicht geschlossen. Der Verlauf war glatt und fieberfrei.

In 4 Fällen wurde je ein Ovarium und Tube exstirpiert. Hier handelte es sich einmal (16) um ein cystisch erweitertes Ovarium, zweimal (30, 46) um eine Vergrösserung desselben, im Fall 4 waren Tube und Ovarium prolabiert. In all den übrigen Fällen wurde von der Mitentfernung der Ovarien Abstand genommen. Dennoch hat, wie aus den Aufzeichnungen im Krankenjournal zu ersehen ist, bisher keine der Patientinnen über dysmenorrhoische Beschwerden geklagt, bei keiner sind vicariierende Blutungen aufgetreten, desgleichen hat sich in keinem Fall eine Psychose ausgebildet. Wenn dies von anderer Seite z. B. Dr. *Glaevecke* in Kiel (Arch. f. Gynäk. XXXV. I.

1889) beobachtet ist und als Folge des Unterlassens einer gleichzeitigen Castration dargestellt wird, so halte ich dies zum Mindesten für unbewiesen und möchte es vielmehr auf das sensible Naturen leicht quälende Bewusstsein der erlittenen körperlichen Verstümmlung und die ständige Furcht vor tötlichem Recidiv zurückführen. Wenn die Entfernung der Tuben und Ovarien nach Ansicht von Autoritäten anzustreben ist, so spricht für das Belassen derselben in unseren Fällen auch noch der Umstand, dass bei doppelter Castration der Geschlechtstrieb sich regelmässig verringert oder gar völlig schwindet, was nach alleiniger Uterusexstirpation erfahrungsgemäss nicht der Fall ist. Dennoch dürfte sich bei jugendlichen Individuen die gleichzeitige Castration emphehlen, da doch eine Reihe von sicheren Beobachtungen über arge dysmenorrhoische Beschwerden nach alleiniger Uterusexstirpation gemacht sind. Im Einklang hiemit steht auch die experimentell gemachte Entdeckung *J. Grammatikatis* (Zentr.-Blatt f. Gynäk. XIII. 7), dass bei Kaninchen nach Herausnahme sowohl des Uterus allein, als auch des Uterus und der Tuben die Ovarien fortfahren zu funktionieren. Derselbe Autor hatte auch Gelegenheit die Ovarien einer Frau, welche 3 Jahre nach der Totalexstirpation des Uterus einer intercurrenten Krankheit erlegen war, zu untersuchen; dieselben liessen keine Spur atrophischer Prozesse erkennen, sondern es wurden alle Entwicklungsstadien des Graafschen Follikels bis zur Bildung vollständig entwickelter Corpora lutea konstatiert.

Nach der Operation trat bei den meisten Patientinnen Erbrechen auf, das bei einigen sehr stark war. In einzelnen Fällen bestand in den ersten Tagen nach derselben leichtes Fieber. Es ist dieses Fieber wohl zum Teil als Resorptionsfieber, zum Teil aber auch in Verbindung mit dem in

einzelnen Fällen ziemlich stark ausgeprägten Wundschmerz als Zeichen einer durch den Contakt mit dem Wund- und Scheidensekret bedingten lokalen Peritonitis aufzufassen. Eine diffuse Peritonitis trat viermal nach der Operation auf. Eine (20) der an Peritonitis erkrankten Personen genass, die übrigen starben.

Was die Endresultate der 50 Totalexstirpationen betrifft, so ist es nach den über das fernere Ergehen der operierten Kranken vorhandenen wenigen Angaben und auch wegen der Kürze der Zeit, die nach der Operation verstrichen ist, nicht möglich, einen Bericht darüber abzustatten.

Zum Schlusse unterlasse ich es nicht, noch darauf aufmerksam zu machen, dass auch diese zum Gemeingute aller deutschen Gynäkologen gewordene Methode der vaginalen Uterusexstirpation trotz ihrer vorzüglichen Resultate nicht das Bedürfnis nach besseren Operationsmethoden aufgehoben, sondern noch weiterhin Nachfolger erhalten hat, die eine Reihe von Operationsverfahren angegeben, deren wesentlicher Zweck der ist, den Uterus mit seinen Anhängen in solchen Fällen entfernen zu können, wo die anderen Methoden mehr oder weniger versagen. Diese Vorschläge bestehen im Wesentlichsn darin, einen künstlichen Weg zum Uterus zu bahnen entweder vom Damm her — nach Spaltung desselben und Trennung des Mastdarmes von der Scheide her — oder von der unteren hinteren Beckenapertur aus, ev. mit zu Hilfenahme der Entfernung des Steissbeines und eines Teiles des Kreuzbeines.

Wie weit diese Methode zur Bahnung eines Weges von hinten unten her zu dem Beckenraum bei anderweitigen Erkrankungen die anderen üblichen Methoden ersetzen oder ergänzen können, lässt sich allgemein nicht

beantworten. Immerhin mögen sie für einzelne Fälle mit Vorteil verwendet werden können; doch werden sie niemals, schon ihrer höheren technischen Schwierigkeiten wegen, die Methode der vaginalen Totalexstirpation des Uterus zu verdrängen im Stande sein.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. *Hofmeier*, sowohl für die Überlassung des reichlichen Materials als auch die gütige Übernahme des Referates meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Alfred Jaeger, bayerischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 17. März 1881 zu Saal a/S. als Sohn des prakt. Arztes Dr. Martin Jaeger. Nach Besuch der Volksschule und des humanistischen Gymnasiums in Münnerstadt erwarb ich mir am 14. Juli 1899 das Reifezeugnis, bezog dann im Wintersemester 1899/1900 die Universität Würzburg, diente im Wintersemester 1901/02 mein erstes Halbjahr beim 9. Infant.-Regiment, studierte 2 Semester in München und beendete meine Studien in Würzburg. Der ärztlichen Staatsprüfung unterzog ich mich hier und beendete dieselbe am 14. Juli 1904. Am 1. Oktober 1904 trat ich als Einjähriger-Arzt beim I. Ulanen-Regiment ein und wurde am 1. April 1905 als Unterarzt entlassen. Während dieser Dienstzeit war ich zwei Monate zur Typhusepidemie nach Landau i. Pfalz abkommandiert.